



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 50

Antall ord: 7650

Livet etter slag – livskvalitet hos slagpasienter

Sammendrag:

Norsk

Denne studien handler om livskvalitet hos slagpasienter. Hensikten var å finne ut hvilke faktorer som har betydning for livskvaliteten etter et slag og hvordan vi som sykepleiere kan medvirke til økt livskvalitet under sykehusoppholdet. Oppgaven er bygget på en systematisk litteraturstudie, men er ikke like omfattende. Det var flere funn som gikk igjen i studiene som hadde innvirkning på livskvaliteten. Jeg valgte ut noen som jeg har utdypet, blant annet mestring, håp, støtte, oppmuntring, informasjon og kommunikasjon. Disse var for det meste knyttet opp mot den fysiske rehabiliteringen som syntes å være av størst betydning for disse pasientene. Dette viser at den psykiske støtten er viktig for rehabiliteringen på flere områder, og at støtte og oppmuntring til mestring er viktige faktorer, likesom informasjon og kommunikasjon for livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Dersom en av disse faktorene var fraværende kunne det sette en brems for rehabiliteringen.

Abstract

English

This study is about quality of life among stroke patients. The purpose of this study is to find the factors that play into the quality of life in a hospital setting and how nurses can contribute to increased quality of life. The method in this study is based on a systematic study of literature, but is not so extensive. In the studies the findings showed that coping, hope, support, encouragement, information and communication was important in the rehabilitation stage of the stroke, and that it had an impact on how the patients experienced their quality of life. These factors were combined to the physical rehabilitation, which had most significance for this patients. When they coped simple activities it had a big influence to the quality of life. This shows that the psychical support is important for the rehabilitation in many areas, and that support and encouragement to coping is important, as are information and communication for the quality of life among this patient group. If one of these factors were absent, it could put a break for the rehabilitation.

Innhold

1.1 Innledning.....	6
1.1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	6
1.3 Hensikt.....	7
1.4 Oppgavens inndeling	7
2.0 Begrepsmessig rammeverk	8
2.1 Hjerneslag (Apoplexia cerebri):	8
2.1.1 Årsak	8
2.1.2 Symptomer	8
2.1.3 Behandling.....	8
2.2 Livskvalitet:.....	9
2.3 Stress og mestring	10
2.4 Håp	11
2.4 Støtte og oppmuntring	12
2.5 Kommunikasjon og Informasjon	12
2.6 Sykepleieteori	13
3.0 Metode:	15
3.1 litteratursøk.....	15
3.1.1 Systematisk litteratursøk.....	15
3.1.2 Valg av litteratur.....	15
3.1.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie.....	16
3.2 Kildekritikk.....	16
3.3 Etisk og faglig vurdering av kilder.....	17
4.0 Drøftedel	18
4.1 Livskvalitet og Hjerneslag	18
4.2 Faktorer med betydning for livskvaliteten	20
4.2.1 Betydningen av mestring for livskvaliteten.....	20
4.2.2 Håpets betydning for livskvaliteten.....	21
4.2.3 Støtte og oppmuntring og dets betydning for livskvaliteten.	22
4.2.4 Informasjon og kommunikasjonens betydning for livskvaliteten.	23
4.2.5 depresjon og sorg hos slagpasienter	25

5.0 Avslutning.....	26
6.0 Kilder:	27

1.1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerneslag eller apopleksi er en plutselig oppstått sirkulasjonsforstyrrelse i hjernen. Hvert år får 16 000 nordmenn hjerneslag og hjerneslag er den vanligste årsaken til funksjonshemninger i Norge (Wergeland mfl 2008). Apopleksi står for 15 % av dødsfallene i Norge årlig (Jacobsen 2007), noe som i følge statens helsetilsyn (1995) tilsvarer ca 5000 mennesker i året. ca 12000 pasienter blir innlagt i sykehus av hjerneslag. Dette utgjør store økonomiske konsekvenser for samfunnet. Gjennomsnittsalderen på de som rammes er ca 75 år. Dette kan resultere i at flere mennesker vil rammes ettersom levealderen stiger (Koroliussen 2006).

Denne oppgaven tar for seg livskvalitet hos slagpasienter. Grunnen til at jeg har valgt dette som tema er at jeg mener at livskvalitet er et viktig mål å arbeide mot for denne pasientgruppen. Jeg har ikke noe mer erfaring med slagpasienter en fra sykehjem hvor de som bor der har levd med sykdommen en stund. Jeg vet derfor nokså lite om dette tema og tror denne oppgaven kan gi meg mulighet til en bedre pleie, også innen andre områder.

1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

I denne oppgaven vil jeg vil rette fokuset mot eldre over 60 på sykehus med nylig oppstått hjerneslag. Jeg har valgt og ikke avgrense i forhold til kjønn. Jeg vil også ha fokus på hvilke faktorer som spiller inn for at en skal ha god livskvalitet og hva vi som sykepleier kan bidra med. Rehabilitering er sannsynligvis en av de viktigste faktorene men hva innebærer dette. Oppgaven vil ikke fokusere på den fysiske rehabiliteringen av slagpasienter, heller ikke medikamentell behandling.

Benner og Wrubler mener at fysisk rehabilitering bare dekker enkelte av pasientenes behov for rehabilitering, og at en tar for lite hensyn til pasientens behov for psykisk støtte. (Konsmo 1997)

Jeg har ut i fra dette formulert en problemstilling som jeg ønsker å finne svar på:

Hvordan kan sykepleierne medvirke til økt livskvalitet hos slagpasienter?

1.3 Hensikt

I følge de etiske retningslinjene for sykepleiere sier punkt 5.4. at Sykepleieren skal bidra til fagutvikling og forskning, og at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis.(Brinchman 2007). Hensikten med denne oppgaven er å utvide mine kunnskaper om hjerneslag og hvordan sykepleieren kan medvirke til økt livskvalitet hos pasienter som nylig har hatt et slag Wibe (1998) sine studier viser at selv lette slag kan ha dramatiske konsekvenser for den som rammes.

1.4 Oppgavens inndeling

Jeg har delt denne oppgaven inn med en innledning med hensikt, begrunnelse og valg av problemstilling. Videre kommer begrepsmessige rammeverk hvor jeg har teori om de mest sentrale begrepene for min oppgave. Valget av disse kommer fra resultatene i studier og vil innledningsvis bli begrunnet med dette. Neste del er metodedelen hvor jeg beskriver min metode som er litteraturstudie, drøftedelen tar opp emnene ifra begrepsmessig rammeverk og de drøftes opp imot studier og litteratur. Avslutningen blir et sammendrag fra drøftedelen. Jeg velger også å legge med en presentasjon av alle artikler.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Hjerneslag (Apoplexia cerebri):

WHO definere hjerneslag som en plutselig oppstått lokal eller global forstyrrelse av cerebrale funksjoner med vaskulær årsak (Koroliussen 2006). Hjerneslag er en karsykdom og kan komme i sammenheng med arteriosklerose, høyt blodtrykk og hjertesvikt. Ved hjerneslag rammes arteria cerebri media hyppigst. Dette fører til ensidig lammelse av armer og bein. (Jacobsen mfl 2006)

2.1.1 Årsak

Det finnes i følge Jacobsen (2006) 5 hovedårsaker til apoplexia cerebri. Det er: trombose i en arteriosklerotisk arterie (trombosis cerebri), en blødning fra en arterie i hjernen (haemorrhagia cerebri), en embolus fra hjertet eller hals arterien (embolia cerebri), små embolier som raskt løses opp (transitorisk iskemisk anfall), arteriosklerose i hjernens arterier (atherosclerosis cerebri)

2.1.2 Symptomer

Symptomer på apoplexia er forskjellig. Lammelse er ofte ensidig og pasienten har da redusert muskelkraft (parese), eller helt uten muskelkraft (paralyse). På grunn av at nervefibrene krysses er det motsatt side av den hjernehalvdel som blir rammet at en kan se utslaget. Et annet symptom er facial parese. Det vil si skjevhet i ansiktet ofte i nedre del. Manglende taleevne (afasi) kan opptre ved slag i venstre hjernehalvdel. Eller redusert taleevne (dysfasi). Svelgemuskulaturen kan også rammes og det vil da oppstå dysfagi. (Jacobsen m.fl 2007)

I følge Fure (2008) er depresjon og angst vanlige emosjonelle utfall etter et slag. Disse vil bare ses av personalet når symptomene er åpenbare. Forekomsten av depresjon er 10 – 15 % og angst 30%. Begge disse diagnosene har en negativ innvirkning på livskvaliteten ikke bare hos pasienten men også hos hans pårørende. Dette påvirker også prognosen negativt.

2.1.3 Behandling

Behandlingen går ut på rehabilitering. Da med hjelp fra fysioterapi og ergoterapi. Bedringen kan ses fra dager til måneder og rehabiliteringer bør sette sted fortest mulig. Ellers går behandlingen ut på symptomer. (Jacobsen m.fl. 2007)

Det er flere faktorer som spiller inn på hvordan en opplever et hjerneslag. Blant annet skadens omfang, livssituasjonen, personlighet og livserfaring. Behandling i slagenheter reduserer dødeligheten og bedrer pasientens funksjonsnivå. Dette gjør at flere kommer seg hjem. Hjerneslag kan utenom de fysiske problemene også føre til en del psykiske forandringer. Dette skyldes både skaden og en reaksjon på det som har hendt. (Wergeland, Ryen og Olsen, 2008)

Tiden etter et hjerneslag oppleves som reise for å rekonstruere seg selv. På denne reise kan en oppleve utfordringer som forvirring, tap, hjelpeløshet, beklagelse, usikkerhet og angst. Livet etter slaget beskrives som en reise som består av pine, fantasi, realitetsorientering og refleksjon over det tidligere livet og hva som da opplevdes som viktig sett i relasjon til det nye. Tilpassing, refortolkning, restrukturering og reforhandling av de fleste ting i livet som roller og verdier og det å forholde seg til en endret kropp og utviklingen av ny selvforståelse er viktige aspekter i en slagagrammets liv. Oppsummert kan en si at et hjerneslag kan medfører en rekke fysiske, psykiske og sosiale endringer i livet og at rehabiliteringsprosessen er langvarig og byr på en rekke utfordringer for både pasienten, pårørende og helsevesenet (Kvigne 2008).

2.2 Livskvalitet:

Begrepet har vært i bruk siden 1970 årene og har hatt stor gjennomkraft i flere fagfelt. Det var ikke først før 1990 tallet at begrepet ble brukt som mål i pasienthandlinger. Nå blir begrepet også brukt i offentlige utredninger. WHO (World health organisation) sin definisjon av livskvalitet lyder:

"personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kultur og det verdisystem de lever i, i en relasjon til egne mål, forventninger, normer og interesser." (sitert fra Kristoffersen 2007 s. 48).

En annen definisjon er Næss (2001) sin definisjon som lyder:

"livskvalitet er å ha det godt - å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Gode følelser forstås som glede, engasjement, og kjærlighet. Positive vurderinger forstås som tilfredshet, selvrespekt og opplevelse av mening" (sitert fra Gjengedal og Hanestad 2008 s.31)

Det finnes tre perspektiver på livskvalitet. Den globalt fokuserte som dreier seg om fenomen og begreper som omfatter personens tilfredshet og velvære. Eksempler på dette er materielle goder, arbeid, uavhengighet, helse eller forhold til andre. Videre har en den helsefokuserte livskvaliteten som dreier seg om personens opplevelse av helseforhold som for personen er i fokus. Eksempler på dette kan være energi, mental helse, emosjonell funksjon og rollefungering. Til sist har vi den symptom og sykdomsfokuserte livskvaliteten som omhandler personens opplevelse knyttet til spesielle plager, symptom eller sykdom. Eksempler på dette kan være tretthet, smerter, kvalme relatert til daglige gjøremål, fritid eller personlige forhold. Disse tre perspektivene er alle relevante i forholdt til det å leve med en kronisk sykdom og disse kan påvirke hverandre (Wahl og Hanestad, 2008).

Campell (1972) hevder at livskvalitet som begrep dreier seg om personers egne oppfattninger i tillegg til fysiske, sosiale, og ekstensielle sider ved livet. Det dreier seg også om verdier, forventninger, mål og meninger en har i livet. Når det skal ses opp i mot en kronisk sykdom vil helse spille en sentral rolle. I tillegg til de ulike perspektivene må disse ses i sammenheng med betingelser for livskvalitet (Wahl og Hanestad 2008).

2.3 Stress og mestring

Flere av studiene jeg har valgt (Wibe 1999, Western 2007, Kirkevold 1997, Kjøstvedt 2004 og Kavlie 1994) hevder at mestring er et viktig aspekt for økt livskvalitet hos slagpasienter og jeg har derfor valgt å ta dette med. En viktig oppgave for sykepleieren vil derfor være å hjelpe mennesket til følelse av mestring.

Stortingsmedling nr. 16 2002-3 sier at en viktig sykepleieoppgave er å hjelpe mennesker til å mestre stress, skade og sykdom. Dette er en av hovedstrategiene for å øke helsen hos befolkningen. Hvordan pasienter med kronisk sykdom mestrer sin situasjon kan være avgjørende for hvordan de opplever livskvaliteten. Mestring betyr å beherske, ta tak på. Greie eller være herre over en situasjon (Hanssen og Natvig, 2008).

Mestring defineres i følge Lazarus og Folkmann som

”kontinuerlig skiftende kognitive og adferdsmessige anstrengelse for å takle spesifikke ytre og indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære”. (sitert fra Hanssen og Natvig 2008 s. 47)

Bener og Wrubler (1989) definerer stress som

"et sammenbrudd av mening forståelse og ubesværet funksjon, som medfører at personen blir skadd, opplever tap eller står ovenfor en utfordring. Situasjonen innebærer sorg, behov for fortolkning eller tilegnelse av nye ferdigheter"(sitert fra Kristoffersen m.fl s. 74).

Videre sier de noe om hvordan en skal mestre stress på.

"fra en fenomenologisk synsvinkel kan mestring aldri være et ubegrenset valg fra en list med effektive og ineffektive muligheter. Mestring er i stedet bundet av den mening og de saksforhold som er uløselig forbundet med det som oppfattes som stressende. Noen valgmuligheter vil alltid være uaktuelle eller uten tilknytning til den enkeltes spesielle anliggende." (sitert fra Kristoffersen m.fl 2006 s. 75). I enhver situasjon vil mange mestringsstrategier være utenkelige for dem som er involvert.

Det kortsiktige resultatet av mestring er endrede følelser og tanker samt faktisk endring. På lang sikt antar en at mestring over flere situasjoner kan ha innvirkning på helse, velvære og livskvalitet (Hanssen og Natvig, 2008)

2.4 Håp

Studier jeg har funnet (Western 2007, Kavlie 1994, Kjøstvedt 2004 og Heggdal 1994) tyder også på at håpet har en sentral plass for sykepleien til slagpasienter og at det har en betydning for livskvaliteten.

Kristoffersen m.fl (2006) sier at håp er en underliggende fornemmelse av tro og tillit til livet. Håp er en ressurs som trer frem i livssituasjoner som truer personens liv og helse. Da bli det sykepleierens oppgave å hjelp til med å holde fast på håpet og unngå håpløshet, også å gjenvinne håpet i en håpløs opplevelse av situasjonen.

Western (2007) sier at Håp blir karakterisert som en usikker men positiv måte om å klare noe. Håp er viktig for rehabiliteringen og det gir mennesket motivasjon og styrke til å nå sine mål. Livskvaliteten øker dersom en fokuserer på å komme videre. På en annen side er det noen som opplever at når de ikke har noe håp eller en ikke ser noe bedring, fokuserer en mer på problemet. Når en opplever en bedring følere en har kontroll over livet. Når derimot bedringen stopper opp kan en miste håpet.

Håp knyttes til mestring av kronisk sykdom og blir beskrevet som en viktig faktor for livskvalitet. Når en får en kronisk sykdom kan en oppleve tap av kontroll over kroppsfunksjoner, tap av roller og sosiale relasjoner, tap av selvfølelse, tap av sikkerhet og kontroll. På grunn av dette kan fremtiden ofte virke håpløs. Håp har en positiv innvirkning til å takle tap, mangler, ensomhet og lidelse. For at håp skal ha positiv innvirkning må det være realistisk. Hvis ikke blir det mer et ønske eller en forsvarsmekanisme. De viktigste kildene til håp var familie, venner, religiøs tro, og hjelp fra profesjonelle. Koopmeiners (1997) studier viser at helsearbeidere styrker håpet ved å ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være vennlige, høflige omsorgsfull og hjelpsom. Det å være der og vise ærlighet og respekt. (Ljoså og Rustøen 2008)

2.4 Støtte og oppmuntring

Kirkevold (2008) mener at sykepleie faglige utfordringene ved et hjerneslag er store og sammensatte. I den akutte fasen er fokuset rettet mot de grunnleggende behovene. Senere i forløpet kommer håndtering av sykdommen. Sykepleien må innebære målrettet støtte og veiledning knyttet til tilpassninger. Ifølge Kirkevold (2008) viser tidligere forskning at gjenopptreningen kan styrkes dersom pasienten før gjennomføre kjente og meningsfulle aktiviteter. Dette kan være krevende for pasienten og en vil derfor ha behov for støtte, oppmuntring og motivering. Kunnskapsbasert og individualisert sykdoms og funksjonsorientert sykepleie er et viktig aspekt. Pasientens erfaringer og opplevelser av slaget endrer seg og slagets konsekvenser kan dermed være vanskelig å overskue. En viktig sykepleiefunksjon blir derfor å understøtte pasienten forsøk på å skape mening ut av kaos og å fortolke den situasjonen en befinner seg i. dette krever saklig informasjon, hjelp til å tolke symptomer, konstruktiv korrigerende av misforståelser og feiltolkninger. Undervisning og veiledning er viktig for å støtte pasient i hans mestring og tilpasningsprosesser.

2.5 Kommunikasjon og Informasjon

Behovet for kommunikasjon og informasjon vil gjelde alle pasientgrupper men det kan for denne gruppen by på en rekke utfordringer. Både for pasienten og helsepersonelle. Studier (Kavlie, 1994) viser at flere pasienter mente de fikk for liten informasjon på sykehuset og at dette gjorde at de følte seg utrygge når de kom hjem.

Profesjonell kommunikasjon vil si kommunikasjon vi utøver som yrkesutøvere ikke som privatpersoner. De vi kommuniserer med er av ulike grunner henvist oss. Rollen som hjelper

innebærer å skulle fylle en hjelpende funksjon for andre i kraft av egen kompetanse og posisjon. Profesjonell hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål; å fremme helse og å forebygge sykdom, å gjennomrette helse og lindre lidelse. Kommunikasjonene skal være faglig begrunnet og til hjelp for andre. Empowermentet er et sentralt begrep i kommunikasjonen og dreier seg om å la pasienter beholde mest mulig makt og kontroll og å stimulere pasienten til å delta i beslutningsprosesser (Eide og Eide 2007).

Når en skal kommunisere med pasienter blir dette ofte i form av informasjon og veiledning.

Tveiten (2006) definerer veiledning som... *en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.*

Dette innebærer undervisning, informasjon, instruksjon og rådgivning for å få den andre parten veiledbar. Dialog er en forutsetning for veiledning og veiledningen må ta utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse. Gjennom dialog og kommunikasjon legger veileder til rette for oppdagelse av seg selv, læring, mestring og hinder for forandring. Den første fasen, bli kjent fasen er en viktig del av veiledningen fordi den skal skape tillitt Tveiten (2006).

2.6 Sykepleieteori

Benner og Wrubler (1986) mener at behovet for sykepleie skyldes en forandring i livssituasjonen. Pasienten opplever stress i forbindelse med helsesvikt, tap eller sykdom. Det som er viktig i livet kan føles truet, og en kan ikke lenger fungere fritt. De mener at sykepleierens rolle da er å hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom med fokus på det som er viktig for den enkelte (Kristoffersen mfl. 2006).

Benner og Wrubler mener at symptomer på sykdom er meningsbærende ved at pasienten selv tolker dem og opplever om de virker forstyrrende i ens tilværelse. Benner og Wrubler skiller derfor mellom illness som er den subjektive forståelsen av helse og sykdom og disease som er objektiv sykdom. Disease forbindes med funksjonsforstyrrelser på celle, vevs og organ nivå, mens illness går mer på pasientens opplevelse av tap (Kristoffersen mfl 2006)

Benner og Wrubler (1986) sier også noe om hjerneslag. De sier at når det oppstår nevrologiske skader, skal en ikke rette fokuset mot det som har gått tapt men mot det som

fortsatt er igjen. Benner og Wrubler beskriver kompensierende adferd. Det vil si at når et menneske mister en funksjon, lærer en seg andre måter og ivareta den på. Rehabiliteringen bør bevist baseres på hjernes fleksibilitet og bygge på pasientens gjenværende ressurser. Disse resurssene er ofte ikke viljestyrte og det vil derfor bli sykepleierens oppgave å observere pasienten nøye. De hevder at rehabiliteringen bør starte raskest mulig, men at det aldri er for sent. Sykepleieren må behandle menneskene med respekt, og gi dem mulighet til å utføre oppgaver de kan mestre og vise tro på at de kan klare det. De mener at det er fysisk rehabilitering bare dekker enkelte av pasientenes behov for rehabilitering, og at en tar for lite hensyn til pasientens behov for psykisk støtte. ADL trengingen mangler også en rekke aktiviteter som er viktige for livskvaliteten som å besøke venner, gå på kino og ha et seksuelt samliv. De mener også at et mål om å vende tilbake til tidligere liv er et for høyt mål å sette seg og det gir urealistiske idealer til rehabiliteringen. Mer realistisk mål vil være deltids arbeid eller bli selvhjulpne på visse områder. Benner og Wrubler understreker viktigheten av den røde tråden som er omsorg igjennom hele rehabiliteringen. (Konsmo 1997)

3.0 Metode:

Tranøy definerer en metode som:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer å komme frem til ny kunnskap. I hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med arsenalet av metoder. (Tranøy 1985: 196 sitert fra s. 81 i Dalland 2007).

Det finnes to måter å dele inn metoder på:

Kvantitativ metode vil si at en former informasjonen om til målbare enheter. Det gjør at vi kan regne oss frem til ulike andre opplysninger som gjennomsnitt og prosent.

Kvalitativ metode vil si at en benytter metoder for å få data som kan karakterisere et fenomen. Kvantitative og kvalitative metode blir ofte brukt opp i mot hverandre. Og begge har stor betydning i forhold til hverandre. (Dalland 2007).

3.1 litteratursøk

3.1.1 Systematisk litteratursøk

Denne oppgaven er inspirert av et systematisk litteraturstudie men er ikke så omfattende.

Den innledende litteratur søken har den hensikt i at en skaper et inntrykk av hva som allerede er skrevet om valgt problemområde. Det kan da være lurt å sette problemet under et tema. En kan da se om dette er et område der det er lite å finne eller om dette er et område som vekker interesse. I en litterær oppgave er metoden enkelt og greit og beskrive hvordan en har gått frem for å finne litteraturen (Dalland 2007). i følge Mulrow og Oxman er en systematisk litteraturstudie en studie som skal vurdere, og analysere relevant forskning opp i mot en problemstilling (Forsberg og Wengstrøm 2008).

3.1.2 Valg av litteratur

Jeg begynte denne studien med å finne en problemstilling. Jeg lette deretter i pensumlitteraturen. Der sto det en del om livskvalitet og om hjerneslag men lite om sammenhengen mellom de. Da jeg skulle finne artikler fikk jeg et litt større problem. Jeg fant ikke så mye som jeg hadde håpet på. Det var gjort masse forskning på dette tema men jeg kunne fort utelukke mange av artiklene. Jeg brukte forskjellige databaser som PubMed Pro Quest, Medline, Svemed, Vård i Norden, Evidence based nursing, Ovid og Tidsskriftet

sykepleien. Jeg brukte da søkeordene, livskvalitet, da fikk jeg lite treff, jeg oversatte ordet til quality of life og la til stroke og fikk jeg betydelig flere treff, med relevante artikler. Jeg printet ut mange forskjellige men kunne etter hvert utelukke flere. Satt igjen med 2 som jeg har brukt i denne oppgaven. Noen var ikke relevante allikevel, noen syns jeg ikke virket skikkelig utført og noen var for omfattende. Det førte til at jeg måtte utføre et nytt søk. Jeg brukte denne gangen BIBSYS og brukte flere søkeord som coping og hope, fordi dette hadde jeg funnet at var relevant både i lærebøker og i allerede funnet artikler. Med hjelp fra bibliotekets ansatte og BIBSYS fikk jeg frem og bestilt en del hovedfagsoppgaver som var relevante i min oppgave. Her var det søke ordet hjerneslag som dominerende. Jeg fant også en selvbiografi fra en slagpasient som jeg har lest gjennom arbeidet med denne oppgaven. Den gav meg et innblikk i hvordan det oppleves å få slag og jeg har brukt et par sitater fra denne boken. Studiene jeg har valgt å bruke er med på å besvare min problemstilling. Noen av artiklene er eldre men de er omhandler livskvalitet og jeg regner ikke med at det har forandret seg så mye i løpet av de siste årene. Det var mange artikler som målte livskvaliteten ved hjelp av SH-36, men de så ingenting om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til økt livskvalitet. Jeg valgte et par av disse artiklene for å kunne si noe om hvordan livskvaliteten er.

3.1.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie

I følge Hern (1999) har en litteraturstudie sterke og svake sider. De svake sidene er at en har tilgang til en begrenset mengde relevant forskning. Utvalget blir selektivt dersom en velger forskning som støtter opp egne standpunkter, og ulike forskere kan ha kommet frem til ulike resultater. Det er også en risiko for at en skal tolke resultatene feil. Sterke sider ved litteraturstudie er at en holder seg oppdatert innen sine områder.

3.2 Kildekritikk

I denne oppgaven har jeg også brukt kildekritikk når jeg har vurdert de vitenskaplige artiklene. Kildekritikk vil si å fastslå om kildene er sanne. En må også da få med om det var lett eller vanskelig å finne litteraturen. (Dalland 2007). En må da vurdere og karakterisere de kildene som er benyttet. Hensikten er å gi leseren et innblikk i refleksjoner som er gjort om relevans og gyldighet. Kritikken må hele tiden ses i sammenheng med hva en skal finne svar på. Er litteraturen oppdatert? Blir det brukt mye sekunderlitteratur, eller er det primærlitteratur. Da vil teksten både være fortolket og oversatt før vi igjen bruker den. De fleste av mine studier er primærlitteratur, for det meste hovedfagsoppgaver. Disse er det forfatterne selv som har skrevet. Jeg har allikevel en del definisjoner

som er sekunderlitteratur. Jeg har prøvd å holde meg til nyere litteratur, men på grunn av begrenset tilgang til stoff som besvarte min problemstilling har det allikevel blitt brukt eldre litteratur, men de var da relevant. Jeg fant en del artikler fra studier i asiatiske land men utelukket dem fra oppgaven fordi jeg ikke vet hvor mye som kan ses sammenheng med Norge. Flere av de valgte avhandlingene jeg har i oppgaven er også presentert i lærebøker.

3.3 Etisk og faglig vurdering av kilder

I Følge Fjelland og Gjengedel (1995) er målet med vitenskaplig forskning innen helse å skape god praksis og å avklare hva som er god praksis (Dalland 2007).

Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (2006) § 1 sier at all forskning i offentlig og privat regi skal skje i henhold til anerkjente etiske lover. § 4 sier også at all forskning på mennesker skal godkjennes av etisk komité. Det er derfor viktig at studiene jeg bruker er godkjent.

Jeg har vurdert de vitenskaplige artiklene jeg har brukt og legger det med som vedlegg. Kildehenvisninger er prøvd satt opp etter anbefalinger fra HSH sin nettside. De fleste av artiklene mine er godtjent av etisk komité, men noe sier ingenting om dette. Jeg har brukt tri trans og google oversetter til å oversette fra norsk til engelsk.

4.0 Drøftedel

Hvordan kan sykepleieren medvirke til økt livskvalitet hos slagpasienter?

”Jeg minnes at jeg for lenge siden hadde sakt til Mariann: når jeg en gang skal dø, så håper jeg det må skje fort og smertefritt. Den verste skjebnen jeg overhode kan tenke meg, må være å bli liggende totalt lam og hjelpesløs. Som en levende død. Nå lå jeg slik” (sitert fra Simonsen 1995 s.33)

4.1 Livskvalitet og Hjerneslag

Benner og Wrubler (j.f. punkt 2.6) beskriver at selv et lite slag kan ha dramatisk konsekvenser for den som er rammet. Etter det jeg har lest og sett kan jeg forstå dette, og det var litt av grunnlaget for valg av problemstilling. Beskrivelsen til Einar Simonsen ovenfor viser også at før han selv ble rammet var dette en helt utenkelig skjebne. Etter å ha lest studier (Wibe, 1999) sier hun at hennes informanter ikke opplevde slaget som så dramatisk og at noe av grunnen gjerne var håpet om bedring i fremtiden. Her vil jeg og få påpeke som Benner og Wrubler (j.f punkt 2.6) også sier at hvordan en opplever et slag kommer an på tidligere liv. Jeg vil også si at alder gjerne er en faktor her. Yngre mennesker som blir rammet av slag vil ha helt andre konsekvenser av dette en eldre, og vil gjerne derfor synes å ha en lavere livskvalitet. Dette viser også studien til Almborg og Berg (2008). Ved bruk av SF- 36 konkluderte de med at livskvaliteten er dårligere hos slagpasienter enn resten av Sveriges befolkning. Spesielt i gruppen 45 – 64, men det vil jeg ikke utdype mer. Allikevel kan det å få slag gjerne ses på som dramatisk, men når en selv opplever det, må en finne en vei ut og fokuserer dermed på andre ting og på bedringen.

Som tidligere nevnt sier teorien noe om forskjellige faktorer som har innvirkning på livskvaliteten. Det er ikke alle disse måtene som er like lett for sykepleieren å bidra med, og fordi livskvalitet i følge Næss (j.f punkt 2.2) er en subjektiv opplevelse må vi fokusere på det en vet at vil ha en innvirkning for mennesket. Når en får et slag vil en oppleve flere tap og det å da få støtte, motivasjon følelse av mestring og informasjon om videre forløp er viktig. Dette er generelle sykepleie perspektiver og har innvirkning på hvordan mennesker opplever livskvaliteten sin i situasjonen. Hvordan et menneske opplever et slag vil være avhengi av hva som er viktig for dem noe Wahl og Hanestad (2008) også sier.

Undersøkelsen til Teasdale og Engberg (2007) viser at pasienter som fulgtes opp etter 10 og 15 år hadde bedre livskvalitet enn etter 5 år. Dette sier noe om at dersom en får hjelp igjennom den første vankelige fasen så kan det bli det bedre. Dette gir oss et håp om bedring, noe som vi igjen kan overføre til pasientene. Dette vil ikke gjelde alle mennesker, kanskje er det noen som aldri føler de helt kommer over tapet og ikke klarer å venne seg til den nye tilværelsen. Uansett hvilke av disse menneskene vi møter vil en del av sykepleiens oppgave være å hjelpe mennesket til opplevelse av god livskvalitet. også Eilersten (2005) sine studier tyder på bedring over tid og hun sier også at det i de første ukene etter slaget var det de kroppslige forandringene som var fokus hos pasientene, og optimisme og bedring var viktige aspekter i tillegg til ønsket om å komme seg hjem. På rehabiliteringen var fokuset på treningen kroppen i seg selv men når de kom hjem var det praktiske gjøremål.

Skumgummiballen ble til en klut som skulle vris og den manglende kraften fikk en annen betydning. Også Benner og Wrubler (j.f punkt 2.6) støtter opp disse funnene, om manglende ADL trenging i rehabiliteringsavdelingene. Kanskje dette burde legges mer til rette for den enkelte og finne gjenkjennelige gjenstander og situasjoner slik at ADL ikke blir så nytt når en kommer tilbake til hjemmet. Også Heggdal (1997) mener dette er viktig og hun kaller det for sykepleierens integrerende funksjon. Eilertsen (2005) sier at flere opplevde daglige gjøremål langt mer krevende enn de hadde forestilt seg. Kvigne (2008) sier at hennes informanter opplevde seg mer trette og slitne. Dersom en ser på tidligere teorier om livskvalitet (j.f punkt 2.2) har dette en betydning og kan virke negativt inn på livskvaliteten. Dette er det viktig at en har kunnskap om dette slik at det ikke mistolkes som at pasienten ikke gidder.

følge Siri Ness (j.f punkt 2.2) sin definisjon av livskvalitet sier hun at dette er en subjektiv opplevelse av en persons situasjon. Det vi da gjør av tiltak skal ha den hensikt at pasienten føler det nytter. Dersom en ikke gjør det, kan det virke håpløst. Benner og Wrubler (j.f punkt 2.6) bruker her begrepet illnes om pasientens egne opplevelser, dette kan knyttes opp i mot Wahl og Hanestad (2008) sin teori om perspektiver på livskvalitet. Illness vil da bli en form for helsefokusert livskvalitet. Disease kan ikke ses i sammenheng med disse perspektivene på grunn av det ikke dreier seg om pasientens egne opplevelser.

Anton Aggernæs (j.f punkt 2.2) hevder at for å hjelpe pasienten mot bedre livskvalitet må man kartlegge hva pasienten har av ressurser eller hva han lett kan få også hvilke verdier en har. (Rustøen 2004) Her er også Kavlie (1994) enig. Hennes informanter beskriver selvverd

og respekt som viktige ressurser, også tro på personalets kompetanse blir tatt opp, troen til gud, og den praktiske hjelpen de får. Roy 1984 beskriver også selvbildet som en viktig faktor for å fremme helse og livskvalitet (Rustøen 2004). Dette vil være aktuelt i samarbeide med slagpasienter. Hva kan vi som sykepleier gjøre med dette da? Kavlie beskriver at informantene hennes sammenlignet seg selv med de andre på sykehuset som hadde det verre og brukte dette som en mestringsstrategi. Rustøen (2004) sier at vi som sykepleiere her kan hjelpe pasienten til å korrigere selvbildet, hjelpe de til å fokusere på det som ikke er gått tapt, og oppmuntre pasienten til å uttrykke følelser i forbindelse med tapet. Også å finne ut hvilken betydning disse endringene har for pasienten og hvordan pasienten vil kompensere for tapet. Responsen en får fra omgivelsene vil også spille inn på hvordan en opplever seg selv og oppmuntring fra sykepleieren vil derfor kunne bidra til en bedre opplevelse.

4.2 Faktorer med betydning for livskvaliteten

4.2.1 Betydningen av mestring for livskvaliteten

Når en opplever et slag er det i følge Western (2007) viktig at en først aksepterer tapet for at en skal kunne sørge over det. Å sørge er veldig viktig fordi det gir en muligheten til å innse hvordan hendelsen vil påvirke livskvaliteten og hvilke utfordringer en videre vil møte. Videre sier Western at sykepleiers formål blir å hjelpe mennesker til å mestre den nye situasjonen med de begrensningene de har. Pasientene har ofte et annet mål en sykepleier. De ønsker å komme tilbake til det livet de hadde og setter seg derfor for høye mål. (Western 2007). Noe også Benner og Wrubler (j.f punkt 2.6) mener er tilfelle. Dette kan gjøre det vanskelig for rehabiliteringen da en kanskje vil fokusere for mye på det en ikke oppnår istedenfor det en faktisk mestrer. Da kan det være lurt å hjelpe mennesket til å sette seg mål for perioder som er realistiske og som fører til opplevelse av mestring for pasienten.

”Jeg kommer på den kvelden når jeg skulle legge meg og greide å løfte foten opp i senga. Da klappet sykepleieren i hendene og sa at nå asså!” (Heggdal, 1994).

Dette utsagnet fra en av informantene i Heggdal (1994) sine studier viser hvor stor betydning mestring har både for livskvaliteten og for rehabiliteringen. Det gir en motivasjon til å fortsette og komme seg videre.

Western (2007) mener at en etter et slag har mulighet til å revurdere verdiene en har. Det vil si at en gjerne finner ut at hva som er viktig nå og hva som er mindre viktig. Nå er det for eksempel viktigere for en person å nå de målene en satt seg i forrige fase. Dersom en setter seg fast i en av disse fasene kan dette påvirke livskvaliteten negativt (Western, 2007). Kvigne (2008) sin studie viser at forventningene andre hadde til de typiske kvinnerollene som mor, bestemor, oldermor og så videre var drivkraften for mange. Kanskje kan dette ha noe med at en ikke lenger kan klare dette slik en gjorde, og at en derfor setter seg som mål å gjenvinne disse rollene. Western (2007) sier at det er derfor viktig at vi spør oss selv hva vil denne pasienten gjøre og hvordan kan vi støtte han til å nå dette, istendefor hva kan vi gjøre for denne pasienten. Dette mener også Christensen (1994) er viktig. Benner og Wrubler mener at mestring er en reaksjon en har på stress. Stress i dette tilfellet vil være knyttet opp mot opplevelsene av å få slag og hvordan det rammer en. Hvordan takler en denne situasjon. Det vil komme an på hvordan en mestrer den.

Benner og Wrubler (j.f punkt 2.6) sier at meningsløshet og manglende tilhørighet er det viktigste truslene mot mestring. De sier at sykepleieren skal hjelpe mennesket til å ta vare på båndet og det en bryr seg om. Det ultimate målet for sykepleie er å hjelpe mennesket til styrke den andre til å bli det han eller hun ønsker. For å oppleve dette må sykepleieren være omsorgsfull. Sykepleierens utfordring er å fortoke det en person mener er viktig og hjelpe pasienten til å ivareta det. Dette er i Følge Kirkevold (1997) en av de 4 viktige sykepleie funksjonene. Sykepleiens tolkende funksjon.

Kavlie (1994) beskriver ulike måter pasientene bruker for å mestre. Hun nevner blant annet informasjonssøk, direkte handlinger, bruk av forsvarsmekanismer, bruk av støtte. Når det gjelder bruk av forsvarsmekanismer er det viktig at sykepleieren passer på at dette ikke foregår på en uhensiktsmessig måte. Det kan da sette en brems for rehabiliteringen og virke negativt inn på livskvaliteten.

4.2.2 Håpets betydning for livskvaliteten

Håp blir karakteriser som en usikker, men positiv måte om å klare noe. Håp er viktig for rehabiliteringen og det gir mennesket motivasjon og styrke til å nå sine mål. Livskvaliteten øker dersom en har fokus på å komme videre. Når en opplever en bedring føler en har kontroll over livet. Når derimot bedringen stopper opp kan en miste håpet (Western, 2007) Håp vil kanskje derfor være drivkraften til mestring. Dersom en ikke har håp vil en heller ikke

ha motivasjon og en vil da heller ikke kunne oppleve mestring. Derfor vil det være en sykepleier oppgave å hjelpe mennesket til å bevare håpet og ikke mistet det.

Pasientene prøvde å takle uvissheten med å fokusere på nåtiden og håpet på bedring i fremtiden. Håpet var for pasientene i Heggdal (1994) studier knyttet til det å kunne utføre aktiviteter. Dette tyder på at håpet har en sentral plass i livssituasjon hos denne pasientgruppen, og at dersom håpet blir svekket eller styrket har dette stor betydning (Heggdal, 1994). Eilertsen (2005) sier at håpet blir beskrevet som et redskap mot fristelsen til å gi opp. Selve behandlingen i seg selv var styrkende for håpet. Eilertsen (2005) sine studier viser også at det oppsto skuffelser når deltakerne ikke greide å gjennomføre sine mål, og at dette skapte tvil i kvinnes tro på egne krefter og ressurser. Men gleden kom tilbake av små ting en klarte å gjennomføre. Dette skapte ambivalens hos deltagerne også en god tid etter slaget og hjemkomst der en hele tiden møter nye utfordringer, og situasjonen opplevdes mer gjennomgripende enn de hadde forestilt seg. Kanskje kan dette ha noe med at en hele tiden fokuserer på bedring og kanskje ikke realitet. Hjerneslag vil påvirke livet også år etter det oppsto. På en annen side ville det vært vanskelig å konfrontere slagpasienten med hvordan livet blir etter 2 år, når en så vidt har mot til å gjennomføre dagen. Informasjon om videre forløp må gis men det må legges frem på rett måte, til rett tid og rett sted.

4.2.3 Støtte og oppmuntring og dets betydning for livskvaliteten.

Mange pasienter finner ut av utfordringene de møter etter et slag, men det trengs likevel profesjonell støtte og hjelp (Kirkevold, 1997). Det er ikke alt som er like enkelt å forstå. I første fasen opplever en gjerne slaget som en krise og mangler både håp og motivasjon til å ta tak i problemet. Det er da viktig at vi er der og oppmuntrer en til å komme i gang, når en selv er klar for det. Noen tar lenger tid på sorgreaksjonen en andre og trenger derfor mer støtte. Heggdal (1994) sier at når personalet har kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør dem i stand til å formidle håp og oppmuntring på en god måte, ble de ansett som støttespillere. Kirkevold (1997) sin studie viser at den viktigste delen av den trøstende funksjonen til sykepleieren er å skape et tillitsforhold til pasienten. Det er det som gir grunnlag for all pleien og det hjelper pasienten og pårørende å takle slaget og konsekvensene. Støtten gjelder de fleste punktene i rehabiliteringen. Sykepleieren bør støtte og oppmuntre pasienten til aktivitet og trening, og komme med positive tilbakemeldinger når en gjør noe bra. Western (2007) sier at en kan sette seg fast i en fase. Da er det vår oppgave å oppmuntrer videre og ikke la dette sette en stopper

for rehabiliteringen. Dersom en klarer så skape et tillitsforhold til pasienten kan en bruke humor som jeg tror at på noen mennesker vil ha en positiv og lett oppmuntrende effekt. Kvigne (2008) sier også at hennes informanter påpekte at det å ha en hjelper som kjenner en og som vet hvordan det skal være var en positiv erfaring. Det at hjelperen ikke var kjente en opplevdes som en ekstra belastning. Jeg vil her si hvor viktig det er at sykepleierne arbeider sammen og at selv den minste ting kan ha stor betydning. Det er ikke sikkert en behøver å kjenne pasienten som person for å gjøre en god jobb, kanskje kan det være nok med at en tar seg tid til å finne ut hvordan pasienten vil ha det før en buser inn og gjør prosedyrer slik en har lært.

Som sykepleiere er det da viktig at vi er der gjennom spørsmål, tårer og tanker pasienten har (Kirkevold, 1997). Dette kan være vanskelig, når et menneske skal revurdere det livet de har levd. Dette kan føre til mye tanker som kommer frem, både på godt og vondt. Det at vi da er der som en støtte kan være til hjelp for denne fasen. Dette kalles i følge Kirkevold (1997) sykepleierens trøstende funksjon.

4.2.4 Informasjon og kommunikasjonens betydning for livskvaliteten.

Benner og Wrubler (j.f. punkt 2.6) sier at sykepleieren har en sentral rolle i å undervise og veilede pasienter. Hvis sykepleieren har et bearbeidet forholdt til sykdommen kan hun hjelpe pasienten til å akseptere sykdommen. Pasienten trenger å få informasjon underveis, og dette til rett tid og rett sted, vis ikke kan det skremme pasienten, ta fra dem håpet eller ødelegge hans følelse av å ha kontroll over seg selv. Dette er det flere studier som også gir uttrykk for. Og i følge Eide og Eide (j.f. punkt 2.5) må en utøve profesjonell kommunikasjon. I Heggdal (1994) sine studier kommer det frem at mange pasienter var ved hjemreise utrygge fordi de hadde fått for liten informasjon om veien videre. Dette er det flere utsagn fra pasienter som gir oss en forståelse for viktigheten med informasjon og rett informasjon. Et eksempel er en av informantene i Heggdal studie som sier.. *uvissheten kom etter at jeg kom hjem, for når jeg var på sykehuset, så tenkte jeg ikke på annet en å bli bra.* Eide og Eide (j.f. punkt 2.5) sier også at det kan være vanskelig for sykepleierne å arbeide med hardt kronisk syke. Men det betyr vel ikke at vi skal utelukke denne delen? Vi må på samme måte som vi motivere pasienter til vanskelige situasjoner, gjøre dette selv. En del av det å vise omsorg kan vettopp være det å tørre og sette seg ned, tørre å se tårer og ha det vanskelig sammen med pasienten. Dette gir en følelse av at noen bryr seg og at en er der. En slik form for profesjonell kommunikasjon kan skje spontant slik som med legen ovenfor, men det kan

også være mer målrettet i form av veiledning. Da har den som hensikt å gi informasjon og en avsetter tid til dette. Tveiten (j.f punkt 2.5) mener også dette er en viktig sykepleier funksjon.

Det at kommunikasjon og informasjon gis til rett sted og tid og at det er profesjonell kommunikasjon kommer også frem i Simonsens selvbiografi..

”en dag dukket det opp et nytt ansikt. Det var mitt første møte med fysioterapeuten. Kjersti het hun, og hun hadde en velsignet, beroligende måte å være på. Under behandlingen fortalte hun meg om spasmer og spastisitet... hun avsluttet behandlingen, og jeg gledet meg faktisk alt til neste dag, da hun ville komme tilbake.” (sitert fra Simonsen 1995 s. 43-)

I kommunikasjon med slagpasienter kan det være utfordrene med tanke på hvilke utfall pasientene har. Noen har kognitive utfall som gjør at de kan ha vanskeligheter med å forstå, andre har talevansker og vil derfor ikke få uttrykket hva de mener. Kanskje sitter de med mange tanker de burde fått luftet men klarer det rett og sett ikke. Jeg har selv fått erfart dette i praksis, da jeg ikke forsto hva en pasient ville frem til. Hun ble da sint og ville ikke snakke mer med meg da jeg prøvde å leite meg frem etter hva hun mente. Dette burde jeg gjort på en annen måte. Kanskje en penn og papir kunne hjulpet, eller kanskje jeg skulle tatt henne med på et enerom. I følge Wergeland m.fl (2008) mener han det å tape evnen til kommunikasjon er for noen verre en lammelse. Det å måtte på toalettet kan bli en et uovervinnelig problem. For disse pasientene vil det være svert viktig å skape trygghet (Wergeland mfl, 2008). Noen pasienter blir svært vant til rutiner og bygger mye av livet på dette. Det er forståelig, når en er lammet og ikke kan snakke er en avhengig av stabile rammer slik at en har noe forutsigbart. Heggdal (1994) mener at uvissheten er størst i akuttfasen, og alvorlighetsgraden vil være en avgjørende faktor her. Det samme når det gjelder komplikasjoner. En viktig del av sykepleien utenom kommunikasjonen vil her da være forebygging, men jeg har valgt å ikke ta med i denne oppgaven men jeg nevner det for at en skal se sammenhengen med livskvaliteten. En av informantene i studien til Heggdal (1994) beskriver en lege som hadde hatt en samtale med henne. Samtalene fokuserte på det hun hadde og ikke det som var tapt og kvinnen beskriver dette som en positiv opplevelse. Andre beskriver usikkerhet som følge av manglende informasjon etter prøver de hadde tatt, og endring av medisiner. (Heggdal 1994) sier dette må alltid opplyses om og dersom en ikke

gjør dette vil det skape en usikkerhet som igjen kan føre til nedsatt motivasjon, og en brem for den fysiske rehabiliteringen som igjen kan svekke livskvaliteten.

En av de viktigste årsakene til at mennesker føler seg truet er usikkerhet. Denne usikkerheten vil vedvare dersom en ikke vet hva som kommer til å skje eller hvorfor det skjer. Leger og sykepleiere kan ubevist unngå å være nær pasienter som minner dem om deres egen sårbarhet. Pasienten er i en situasjon der han gjerne gruer seg for å spørre fordi han ikke ønsker mase eller være til bry. Sykepleierens hovedoppgave blir å skape en relasjon med pasienten før en går inn i en samtale. Gjennom samtalen kan sykepleieren formidle oppmerksomhet, støtte og nærkontakt, noe som er et viktig grunnlag for et samarbeid med pasienter. Tanker og bekymringer kan virke negativt inn på velværet dersom pasienten plages for mye av dette., og de har ofte behov for at sykepleieren tar initiativ til å snakke (Fagermoen, 2008).

4.2.5 depresjon og sorg hos slagpasienter

Depresjonstendenser var forholdsvis vanlige i Heggdal (1994) sin studie, noe også (Fure 2008) sier seg enig i. Dette var ofte forbundet med det å ikke lenger kunne mestre aktiviteter som før var en selvfølge. Dette viser igjen at mestring er et sentralt begrep og hjelper på mange områder for den slagrammede. Videre beskriver informantene at depresjonsproblemene avtok etter som den fysiske bedringen utviklet seg. Dette kan ses i sammenheng med Benner og Wrublers (j.f punkt 2.6) teori om å se på mennesket som en helhet. En skal ikke utelukke noen dimensjoner når en skal behandle et menneske. Her henger også alt sammen. Dersom pasientene mestrer det fysiske vil dette føre til økt motivasjon, håp, bedring på det fysiske området og så videre. Også Tofte (2004) sin hovedoppgave viser at sorg er svært vanlig etter et slag, noe som påvirker livskvaliteten på en negativ måte. Sorgen er også her ofte relatert til tap og virker også negativt inn på mestring og rehabiliteringen. Heggdal (1994) sier at Depresjonstendenser var velkjente også i denne studien og er knyttet til det å plutselig ikke kunne mestre aktiviteter som tidligere var en selvfølge. Depresjonstendensen er en utfordring for sykepleierne og di det kan virke negativt på livskvaliteten. dersom en jobber med de tiltakene nevnt ovenfor (j.f punkt 4.2) kan dette virke forebyggende på depresjoner.

5.0 Avslutning

Denne oppgaven har gitt meg mer innsikt i en tidlige nokså uerfart side ved sykepleien. Jeg har fått nye kunnskaper innen området med slagrammede som jeg ønsker å bringe videre i mitt arbeide. Jeg har i arbeidet med denne oppgaven funnet ut at slagrammedes opplevelse av livskvaliteten kommer an på hvordan de opplever sin situasjon og sykepleien. Det var flere faktorer som gikk igjen i studiene jeg fant og det gjelder livskvalitet. Mestring var i de fleste studier beskrevet som en sykepleier oppgave og det dreide seg om mestring av følelser, mestring av tapte funksjoner og mestring av endringer og situasjonen generelt. Håp ble beskrevet som en faktor for å kunne mestre og var viktig i den første fasen etter slaget. Støtte og oppmuntring innen de fleste områder som oppmuntring til trening og mestring var mest uttalt. Kommunikasjon og informasjonens betydning var også viktig og var knyttet til veiledning og informasjon. Ingen av disse faktorene dominerte, men de viser seg å være like viktige for at en skal oppleve god livskvalitet. Selv om jeg har utelukket den fysiske rehabiliteringen viste det seg at de områdene jeg har valgt ut var knyttet opp mot den fysiske rehabiliteringen. Støtte, og oppmuntring til å mestre en fysisk aktivitet var ofte det som hadde størst betydning. Dersom en ikke mestret en oppgave hadde dette negative utfall på rehabiliteringen, både fysisk og psykisk.

“Disse hvite englene ved medisin 1 kom nok alltid til å stå i et spesielt lys. Det var som de hadde tatt hånd om meg, i den vanskeligste og mest hjelpeløse perioden i mitt liv...”

(Sitert fra Simonsen 1995)

6.0 Kilder:

- Almborg A.H., Berg S (2008) Quality of life among Swedish patient after stroke: psychometric evaluation of SF- 36. Publisert i *Journal of Rehabilitation med* 2009; 41:48-52. Hentet fra Pub Med 10.01.10
- Brinchmann B. S., (2007) *Etikk i sykepleien*, Gyldendal akademiske, Oslo
- Christensen D (1994) *Bedre liv efter lammelse - apopleksi, sygepleje samarbeide*, Clemensstrykkeri, Århus.
- Dalland O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Gyldendal akademiske, Oslo
- Eide H, Eide T., (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal akademiske Oslo
- Eilertsen G (2005) *Alt er som før men ingenting som det var – gamle kvinners opplevelse av livet etter hjerneslag*, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- Fagermoen M. S. (2008) *Samtale, undervisning og veiledning I: Almås H, klinisk sykepleie bind 1*, Gyldendal akademiske
- Forsberg C., Wengstrøm Y. (2008), *Att göra systematiska litteraturstudier*, Natur og Kultur, Stockholm.
- Fure B. (2008) Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag, publisert i *Demenes og alderspsykiatri vol 12 nr 4* hentet fra Pub Med 06.01.10.
- Heggdal K (1994) *Å være syk - en studie av sykdomsopplevelse ved hjerneslag*, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Hovedfagsoppgave
- Hanssen T. A., og Natvig G. K., (2008) *Stress og mestring I: Gjengedal E., Hanestad B. R., Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*, Cappelen akademiske forlag, Oslo
- Jacobsen D., Kjeldsen S. E., Ingvaldsen B., Lund K., Solheim K., (2006) *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anesthesi*, Gyldendal akademiske, Oslo
- Kavlie K (1994) *Hjerneslagspasienters selvverd og mestring ved rehabilitering*, pedagogisk institutt, Universitetet i Trondheim, Hovedoppgave
- Kirkevold M (1997) The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients. Toward a unified Theoretical Perspective. Publisert i *Advances in Nursing Science* vol 19 (4). Hentet fra Ovid 15.01.10
- Kirkevold M (2008) *Hjerneslag blålys sykdom med langsiktige implikasjoner i: Gjengedal E., Hanestad B. R., å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*, Cappelen akademiske forlag.

Kjøstvedt H.T. (2004) sorg hos slagrammede etter hjerneslag relatert til tap. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Hovedoppgave

Konsmo T (1995) *En hatt med slør – om omsorgens forhold til sykepleie, en presentasjon av Benner og Wrublers teori*, Tano Aschehoug

Koroliussen M., Smebye K. L., (2006) *Eldre, aldring og sykepleie*, Gyldendal akademiske, Oslo

Kristoffersen N. J., Nortvedt F., Skaug E. A., (2006) *Grunnleggende sykepleie*, Gyldendal akademiske. Bind 1 og 3.

Kvigne K (2008) Når kvinner rammes av hjerneslag I: Gjengedal E., Hanestad B R., Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring. Cappelen akademiske forlag

Rustøen T (2008) *Håp hos kronisk syke mennesker I*: Gjengedal E., Hanestad B. R., Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring, Cappelen akademiske forlag, Oslo

Simonsen E (1995) *Et liv etter slaget, en slagpasients beretninger*, Aschehoug, Oslo

Teasdale T. W., Engberg A. W. (2007) Psykososiale langtidsfølger etter apopleksi: en populationsbasert undersøkelse – sekundærpublikasjon, Publ i ugeskrift for *læger* 1.okt 2007, hentet fra Pub Med 06.01.10

Tveiten S (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, Fagbokforlaget. Bergen

Wahl A. K., Hanestad B. R (2008) *Livskvalitet I*: Gjengedal og Hanestad, Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring, Cappelen akademiske forlag.

Wergeland A., Ryen S., Olsen T.G. (2008) *Sykepleie til pasienter med hjerneslag I*: Almås H., Klinisk sykepleie bind 2, Gyldendal akademiske, Oslo

Western H (2007) *Altered living: coping, hope and quality of life after stroke*, publisert i British Journal of Nursing Nov. 8- 21; 16 (20)

Wibe T (1999) Stress og mestring etter hjerneslag, Det medisinske fakultet, universitetet i Oslo, Hovedfagsoppgave.

Artikler	Hensikt	Metode	Funn	Sterke og svake sider.
----------	---------	--------	------	------------------------

Eilertsen G (2005) "alt er som før, men ingenting er som det var" gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan det opplevdes av eldre kvinner å bli rammet av hjerneslag, og følgene av dette de første to år.	6 kvinner i alderen 68 – 83. Alle med førstegangslag, ble intervjuet mellom 12 – 14 ganger i løpet av de første to år etter slaget. Kvalitativ metode. Studien er godkjent av etisk komité. hovedfagsoppgave	Resultatene viste at slaget berørte mange essensielle sider i livet. Kroppslige forandringer førte til gjennomgripende endringer i opplevelsen av seg selv og mulighetene til livsutfoldelse. Etter to år var det ingen av kvinnene som opplevde at rehabiliteringen var over	Svake sider er at kvinnene som ble intervjuet var i en sårbar situasjon og at studien bare tar for seg et fåtall. Studiens sterke sider er den tar opp en del områder som det tidligere er forsket lite på. Forfatteren har tatt en rekk overveielse. Primærlitteratur.
Heggdal K (1994) Å være syk – En studie av sykdomsopplevelse ved hjerneslag	Hensikten med denne hovedfagsoppgaven var å belyse hvordan det oppleves å være syk, rettet mot slagpasienters egne erfaringer	Kvalitativ metode med intervjuer og begrepsdannelser grounded theory. Studien er godkjent av etisk komité og forfatter har foretatt en rekke etiske overveielser. Utvalget består av 16 deltagere med en gjennomsnittsalder på 66 år.	Det ble i denne studien funnet 5 begreper om sykdomsopplevelse, eksistensiell uvissthet, kroppslige, følelsesmessige, sosiale og praktiske forandrings prosesser.	Studios sterke sider er at metoden åpner for nye begreper. Strenge krav til utvalget. Svake sider er at dette blir en ny tenkning som trenger videre forskning. Primærlitteratur. Studien har utelukket pasienter med afasi.
Kavlie K (1994) Hjerneslag pasienters selvverd og mestring ved rehabilitering	Hensikten var å finne ut om veiledning til slagpasienter i rehabiliteringsfasen hadde betydning for pasientens opplevelse av selvverd og mestring til en endret livssituasjon.	Kvantitativ metode ved bruk av Self- Esteem inventory.og kvalitativ metode med intervjuer og veiledningssamtaler med 8 pasienter.	Klare indikasjoner på at veiledning bidrar positivt til å hjelpe pasienter til økt selvverd og til hensiktsmessig mestring	Studios sterke sider er at det er brukt både kvalitative og kvantitative metoder og at studien er primærlitteratur og sterke krav til utvalget.
Kirkevold M (1997) The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients	Hensikten med denne studien var å finne spesifikke sykepleieroller i forbindelse med slagpasienter.	Litteraturstudie.	Forfatteren delte sykepleierollene inn i 5. Sykepleiens fortolkende, trøstende, bevarende, og integrerende funksjon	Studios svake sider er at forfatterne har tolket artiklene selv og oversatt dem. Dette er også en sekundær litteratur. Sterke sider er at hun setter dem opp på en oversiktlig måte.
Kjøstvedt T.H (2004) Sorg hos slagrammede etter hjerneslag relatert til tap	Bidra til økt kunnskap om sorg og sorgprosesser som slagrammede antas å gå igjen relatert til tap.	Gjennomgang av sorgteori og forskningslitteratur. En modell for sorgteori (DPM) ble brukt for å analysere manifestasjoner. Data	Funn i studien viser at slagrammede kan oppleve sorg etter kort tid og at denne kan følges over tid. Sorgen ses å være knyttet mot tap	Studios svake side er at dette er en gjennomgang av tidligere forskning og manifester og at det derfor er en form for sekunderkilde. Sterke sider er at et stort antall artikler ble undersøkt.
				Studios svake sider er at den tar opp tidligere teori og forskning.

		ble samlet fra 30 forskningsartikler		Sekunderkilde.
Western H (2006) Altered living: coping, hope and quality of life after stroke	Hensikten med denne artikkelen var å belyse hvordan individer som opplever tap som følge av hjerneslag forsøker å oppnå god livskvalitet	Dette er en form for litteratur studie hvor forfatteren bruker en pasient som eksempel og sammenligner med litteratur.	Forfatterne har funnet ut at omsorg til slagpasienter bør være en gruppe oppgave og at problemløsning og målsetting er viktige faktorer for livskvaliteten, samt mestring og håpets betydning.	Svake sider er at det er et relativt lite utvalg av pasienter. Sterke sider er at forfatteren har strenge kriterier for deltagelse og at hun har fått med seg masse opplysninger. Studien er primærlitteratur.
Wibe T (1999) Stress og mestring etter hjerneslag	Hensikten var å bidra til økt kunnskap om hvordan det oppleves å bli rammet av slag og hvordan slagrammede selv opplever stress og mestring	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju av 6 pasienter. 1 til 5 intervju i løpet av de to første mnd etter slaget studien er godkjent av etisk komité	Funn indikerer at selv lette slag kan få dramatiske konsekvenser. Tap av funksjon representerer en viktig form for stress. Gjenvinning av funksjon og mestring syns å være til hjelp for å skape et meningsfullt liv.	Svake sider er at denne studien ikke sier noe om hvorfor livskvaliteten er dårligere, eller sykepleie implikasjoner. Sterke sider er at den har et stort antall informanter.
Almborg A.H., Berg S (2008) Quality of life among Swedish Patient after stroke: psychometric evaluation of SF-36	Hensikten med denne studien var å undersøke livskvaliteten hos slagrammede sett opp i mot normal befolkningen i Sverige. Også å se om SF – 36 var validabel.	188 pasienter med en gjennomsnittsalder På 74 år ble intervjuet ved bruk av SF-36. Studien er godkjent av etisk komité.	Funnene viser at slagpasienter har en dårligere livskvalitet en normalbefolkningen, og at den er oppleves dårligst i alderen 45 -64 år.	Studiens svake side er at det var et stort frafall blant de som ble tilsendt spørreskjema. Studien sier også lite om forhold knyttet til livskvalitet.
Teasdale T.W Engberg A. W. (2007) Psykososiale langtidsfølger etter apopleksi: en populationsbasert undersøkelse - sekunderpublikasjon	Hensikten med denne studien var å se på hvordan kvinner opplever det å få hjerneslag, og å fremskaffe kunnskaper om hvordan kvinnene opplever sin kropp og sitt liv etter å brått bli rammet av hjerneslag.	Det ble utført Søk i lands pasients registeret etter pasienter som hadde hatt slag 5, 10 og 15 år tilbake. 346 pasienter besvarte tilsendt spørreskjema.	Funnene viser at livskvaliteten opplevdes bedre etter 15 år enn etter 5 og 10 år	Studiens sterke sider er at den bruker både en kvalitativ metode samt en litteraturstudie av tidligere forskning. Primærlitteratur.
Kvigne K (2008) Når kvinner rammer av hjerneslag		Denne studien har en Litteraturstudie. Det er her valgt ut kvalitative studier fra begynnelsen av 1990 tallet. I tillegg er det gjort en studie av 20 kvinner. 16 av disse over 70 år. Disse kvinnene ble intervjuet 3 ganger i løpet av det første halvannet året. Første	Finn viser at den prosessen kvinnene gjennomgår for å skape sitt nye liv er preget av å gjenoppta tradisjonelle kvinneroller.	

intervju på sykehuset.
